

採取行動通知

郡

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)



自_____起，郡政府將把你的現金補助由
\$_____ 改為\$_____。_____的現
金補助將被停止，除非這人參加我們安排的面談，或者在
_____以前打電話給我們，並且給我們沒有做到
郡政府要求做的事的充份理由，或者同意所訂的一項計劃去做到郡
政府要求做的事。

理由在於：

_____對參加引至工作的福利計畫(Welfare to Work)發生了問題。為要討論這個問題，我們已經安排了和這人的
面談，於：

_____在_____點鐘，地點_____。

問題在於：

- 不簽署引至工作的福利計畫。
- 不參加被分派的活動：_____，或是在活動中沒有良好的成績。
- 不接受工作。
- 辭掉工作。
- 減少了他們的收入。

在面談時是什麼情況？

在面談時，你可以提出沒有做到郡政府要求所做之事的理由。假如你有充份理由的話，你的現金補助將保持不變。一些不參加的理由為：你是家庭暴力的犧牲品，你沒有托兒照顧，或者你沒有交通工具。至於其他的充份理由，請查看你的引至工作的福利計畫手冊。

你也可以不去面談，只打電話給你的引至工作的福利計畫工作員，給我們沒有做到郡政府要求所做之事的充份理由。或者同意所訂的一項計劃去做到郡政府要求做的事。請和_____聯繫，電話號碼_____ - _____。

Medi-Cal: 這份採取行動通知並不改變或停止加州醫藥補助(Medi-Cal)福利。請保留你的塑料福利辨認卡。

法規：這些條例適用；你可以在你的福利所查看：
CalWORKs Implementation Guidelines, Section XI, Welf. & Inst.
Code 11327.4, 11327.5

通知日期 : _____
案件姓名 : _____
號碼 : _____
工作員姓名: _____
號碼 : _____
電話 : _____
地址 : _____

有問題嗎？可以問你的工作員。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利可能不會改變。

每月現金補助金額

A欄。 可計算收入，月份 _____
業務收入總金額 \$ _____
業務花費：
a. 40% 標準 - _____
或
b. 實際花費 - _____
得自己是僱主的淨收入 = _____
(補助單位+非補助單位成員)
的基於殘障非賺得收入總金額 \$ _____
\$225 減免額 - _____
非免除的基於殘障非賺得收入 = _____
或
\$225 減免額中未使用部份的金額 = _____
賺得收入總金額 \$ _____
得自己是僱主的淨收入(如上所示) + _____
小計 = _____
\$225 減免額中未使用部份的金額(如上所示) - _____
小計 = _____
50%的賺得收入減免額 - _____
小計 = _____
非免除的基於殘障非賺得收入
(如上所示) + _____
(補助單位+非補助單位成員)
的其他非免除收入 + _____
+ _____
可計算淨收入 = _____
B欄。 你的現金補助，月份 _____
1. _____ 人的最高補助
(補助單位+非補助單位成員) \$ _____
2. 特殊需要(補助單位+非補助單位成員) + _____
3. 得自A欄可計算淨收入 - _____
4. 小計 = _____
5. _____ 人的最高補助(只是補助單位)
(排除受制裁人員) \$ _____
6. 特殊需要(只是補助單位) + _____
7. 最高補助小計 = _____
8. 整個月補助小計
(第4行或第7行的最低金額) = _____
9. 第8行的部份月份按比例分配 = _____
10. 調整額： 25% 子女撫養費制裁
超額付款 - _____
其他制裁 = _____
紅利 + _____
11. 每月現金補助金額
(第8行或第9行的被調整額) = _____

採取行動通知

都

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(續)

通知日期 : _____
案件姓名 : _____
號碼 : _____

假如你不能遵守這次的面談，你可以在 _____ 以前打電話給你的引至工作的福利計劃工作員，安排另一次面談。你只可以有一次再作面談的安排。

假如我們決定 _____ 對不做郡政府要求所做之事沒有充份理由的話，我們將為這人制訂計劃去做郡政府要求做的事。將期待 _____ 同意所訂的計劃，不然，這人的現金補助將會被停止。

假如你的現金補助被停止，我們將需要一位代收你家庭補助的收款人。我們可以把補助寄給你所信任的人。請把那人的姓名和地址提供給：

郡政府工作員： _____

街，市，郵政號碼： _____

電話() _____

在這人不再領取現金補助時，我們將不會付 _____ 的托兒照顧，交通，或者與工作或訓練有關的花費。

假如這人在 _____ 以前不處理有關參加的問題的話，你的現金補助要被減少，但你的現金補助再可以增加，假如你合格領取福利，並且：

假如 _____ 合作。

在 _____ 以後，假如 _____ 合作。

假如這人對不參加有充份的理由，我們將和他／她合作，使他／她能夠做到郡政府要求做的事。

假如為了幫助遵守約見而有需要的話，可以提供你托兒照顧和交通工具。

假如為了遵守約見而需要幫助提供交通工具或托兒照顧的話，請打電話給你的引至工作的福利計劃工作員。

這人可以得到免費的協助，若有得自以下的約見：

法律諮詢所： _____

福利權利組： _____

加州民權組織聯合會(CCWRO)： _____

你新的現金補助金額被計算在這份通知上。